

537

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

POUR LE

N° 557

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre CHAMPAGNE

Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Paris, le 14 mars 1912.

La Gastro-Entérostomie Marginale Précolique

Président : M. CUNÊO, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre CHAMPAGNE

Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Paris, le 14 mars 1912.

La Gastro-Entérostomie Marginale Précolique

Président : M. CUNÉO, Professeur.

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1940

LE DOYEN M. TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-RADOI
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	FIESSINGER.
Clinique des maladies des enfants	LOEPER.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	RATHERY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEREBoullet.
Clinique des maladies du système nerveux ...	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies infectieuses	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique chirurgicale	GOUGEROT.
Clinique ophtalmologique	GUILLAIN.
Clinique urologique	LEMIERRE.
Clinique d'accouchements	CUNÉO.
Clinique gynécologique	GOSSET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	GRÉGOIRE.
Clinique thérapeutique médicale	LENORMANT.
Clinique oto-rhino-laryngologique	VELTER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique propédeutique	COUVELAIRE.
Clinique de la Tuberculose	JEANNIN.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	LÉVY-SOLAL.
Clinique de cardiologie	MOCOLOT.
Clinique de neuro-chirurgie	OMBRÉDANNE.
Assistance médico-sociale	HARVIER.
Professeurs sans chaire	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	M. VILLARET.
	TROISIÈRE.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT
	N...
	HAZARD.
	MILON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CACHERA Pathologie médicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	CORDIER Anatomie.
BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.	COUVELAIRE (Roger). Urologie.
BONNET Bactériologie.	DELARUE Anatomie pathologique.
BOULANGER Chimie.	DELAY Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.	DEGREZ (H.) Physique.
BROUET Pathologie médicale.	DESOLLE Médecine légale.
BULLIARD ... Histologie.	DIGONNET ... Obstétrique.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL .. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.

MM.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgi-
 cale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHTET Physiologie.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.

MM.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER .. Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.
 ALAJOUANINE.
 BRULÉ.
 CATHALA.
 CHABROL.
 CHEVALLIER.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 GASTINEL.
 HUGUENIN.
 LAROCHE (G.).
 LIAN.
 MOREAU.
 PIÉDELIEVRE.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 de GAUDART
 d'ALLAINES.
 LEVEUF.
 MOULONGUET.
 MOURE.
 QUENU.

Clinique chirurgicale

MM.
 ECALLE.
 METZGER.
 PORTES.
 VIGNES.

Clinique obstétricale

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR B. CUNEO

Professeur de Clinique chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR R. TOUPET

Chirurgien de l'Hospice de Bicêtre.

A MES MAÎTRES :

MONSIEUR LE DOCTEUR J.-CH. BLOCH

Chirurgien des Hôpitaux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. SENEQUE

Chirurgien des Hôpitaux.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

- 1930-1931 : M. LE PROFESSEUR CARNOT
M. LE PROFESSEUR CUNEO
1931-1932 : M. LE DOCTEUR HALBRON

Externat :

- 1932-1933 : M. LE PROFESSEUR CUNEO
1933-1934 : M. LE PROFESSEUR CROUZON
(in memoriam)
1934-1935 : M. LE PROFESSEUR MARION
1935-1936 : M. LE DOCTEUR BABONNEIX
1936-1937 : M. LE PROFESSEUR BRINDEAU
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. BERNARD

Internat :

- 1938-1939 : M. LE PROFESSEUR JEANNIN
M. LE DOCTEUR TOUPET
1939 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OKINCZYK

A MES MAÎTRES

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LANTUEJOUL

Accoucheur des Hôpitaux.

M. LE DOCTEUR J. RACHET

Médecin des Hôpitaux.

MM. LES DOCTEURS

S. BLONDIN, S. HUARD, ALAIN MOUCHET

Chirurgiens des Hôpitaux.

MM. LES DOCTEURS CHOME, CHRISTOPHE, PERARD

A MES CONFÉRENCIERS

MM. LES DOCTEURS HEPP

Chirurgien des Hôpitaux.

DE SEZE

Médecin des Hôpitaux.

BENAERTS (in memoriam)

J. BERNARD

R. JOSEPH

INTRODUCTION

La gastro-entérostomie antérieure est considérée par beaucoup de chirurgiens comme une opération mauvaise et même détestable. Il semble que ces épithètes soient exagérées et que l'on ait tort de condamner cette opération sans appel.

Pour certains, toute gastro-entérostomie doit être une anastomose postérieure transmésocolique. Si les conditions anatomiques permettent sa réalisation de façon satisfaisante, il est évident que c'est à elle qu'il faut avoir recours.

Mais dans des cas assez nombreux, elle est dangereuse ou même impossible et c'est alors que, pour ne pas priver le malade des avantages d'une dérivation, il convient d'avoir recours à la gastro-entérostomie antérieure. Nous ne voulons donc pas enlever à cette opération son caractère d'exception. Nous verrons quelles sont les conditions anatomiques qui doivent l'indiquer, les inconvénients réels de la technique classique de WÖELFLER et nous exposerons ensuite quelques modifications techniques qui suppriment ces inconvénients et font de la gastro-entérostomie antérieure une opération presque aussi satisfaisante que l'anastomose postérieure transmésocolique.

Nous bornerons notre description à la seule gastro-entérostomie, laissant délibérément de côté les anastomoses précoliques après gastrectomie pour ulcère ou pour cancer.

HISTORIQUE

Le moyen le plus simple d'établir un orifice artificiel de communication entre l'estomac et l'intestin est évidemment de choisir une anse jéjunale assez élevée pour ne pas trop diminuer le champ de l'absorption intestinale, de l'inciser sur une petite étendue et d'unir les bords de cette section à ceux d'une ouverture semblable créée dans la paroi antérieure de l'estomac.

C'est là la gastro-entérostomie antérieure simple, précolique de WÖELFLER, l'inventeur de la méthode (1881).

Cette opération fut utilisée à sa suite mais elle donna de mauvais résultats. BRAUN, en 1893, pour remédier aux accidents mécaniques consécutifs à cette intervention, eut l'idée de lui adjoindre une anastomose jéjunojéjunale.

Presqu'à la même date, BRENNER modifia la technique initiale en proposant de faire passer l'anse jéjunale en arrière du côlon, à travers le mésocolon transverse (gastro-entérostomie antérieure rétrocolique).

Mais, en 1885, von HAEKER avait décrit son procédé de gastro-entérostomie postérieure transmésocolique et celui-ci, étant donné ses bons résultats, fut

rapidement beaucoup plus employé que le procédé initial.

Cependant, récemment, dans diverses sociétés et en particulier à l'Académie de Chirurgie, l'attention fut de nouveau attirée sur l'injuste condamnation de la gastro-entérostomie précolique. Plusieurs chirurgiens en ont précisé les indications et ont apporté des statistiques de cette opération qui leur a donné des résultats satisfaisants. C'est ainsi que CHALIER et RICHER l'ont employée dans 14 cas de cancers gastriques inextirpables, dans 6 cas de gros ulcères calleux inenlevables, dans 1 cas de sténose pyloro-duodénale par cancer de la tête du pancréas. Ils la jugent seule possible dans 15 % des cas où une gastro-entérostomie est indiquée. Elle a donné à leurs malades le bénéfice des bienfaits de la gastro-entérostomie pour toute la période de survie qu'ont pu permettre le degré et la nature de la maladie originelle.

Quelques opinions hostiles se sont élevées, en particulier celle de DESPLAS qui juge cette opération mauvaise car elle commande une anse afférente longue entraînant de la stase duodéno-jéjunale.

A la suite de ces discussions, il semble cependant que la gastro-entérostomie antérieure soit réhabilitée à condition que son exécution réponde à des cas précis.

Le principe de cette opération admis, il n'en reste pas moins qu'on peut chercher à en améliorer les résultats par quelques modifications apportées à la technique classique.

CHAPITRE I

- I. — Les indications de la gastro-entérostomie antérieure précolique.
- II. — La gastro-antérostomie antérieure précolique classique et ses inconvénients.
- III. — Les modifications techniques qui permettent de remédier à ces inconvénients.

Les indications de la gastro-entérostomie antérieure précolique sont nombreuses.

Une des plus fréquentes naît des modifications anatomiques du mésocolon transverse. Celui-ci peut être anormalement court : il est alors difficile de le traverser sans risquer des dégâts vasculaires graves car les arcades sont basses ou l'espace avasculaire nettement insuffisant.

Le danger vasculaire est identique quand le mésentère est très gros et qu'il est impossible de voir les vaisseaux par transparence ou même de les sentir. De plus, il est peu aisé de fixer ce mésentère à l'estomac car le tissu en est très friable et enfin il peut secondairement présenter des rétractions qui risquent d'enserrer la bouche et de causer son mauvais fonctionnement ou sa sténose.

Ces modifications anatomiques du mésocolon transverse sont portées au maximum dans certains cas de cancers gastriques où le méso est rétracté, infiltré d'œdème, envahi par des noyaux néoplasiques ou tout au moins rendu adhérent à la tumeur par des phénomènes inflammatoires d'intensité variable. De même dans certains ulcères pénétrants dans le pancréas modifiant le mésocolon et cloisonnant l'arrière-cavité.

Il est pratiquement impossible, dans ces cas, de créer une brèche mésocolique car on ne voit rien, on ne sent rien, on ignore la présence ou non de coliques accessoires, on ne sait pas ce qu'on blessera, ce qu'il faudra lier. La prudence commande de contourner dans tous ces cas l'obstacle majeur que constitue le mésocolon transverse, tant en raison du danger vasculaire immédiat que du danger secondaire de sténose de la bouche par les phénomènes inflammatoires ou néoplasiques envahissant progressivement tout le mésocolon.

Dans d'autres cas, l'indication de la gastro-entérostomie antérieure découle des modifications anatomiques de l'estomac.

Parfois, il est totalement impossible de l'extérioriser du fait de sa rétraction sous le diaphragme, de son adhérence serrée au-devant de la colonne vertébrale.

Parfois, l'infiltration néoplasique ou inflammatoire de sa face postérieure remonte trop haut pour qu'il soit possible d'exécuter une anastomose postérieure

à un niveau suffisamment élevé pour la placer en tissu sain.

La gastro-entérostomie antérieure peut encore être indiquée dans des cas plus rares : à la suite de la suture d'un ulcère juxta-pylorique perforé où il est nécessaire parfois de compléter cette suture par une gastro-entérostomie, la gastro-jéjunostomie antérieure peut être indiquée car elle nécessite des manœuvres restreintes n'obligeant pas à effondrer des mésos en milieu plus ou moins infecté.

Une indication encore plus exceptionnelle peut être posée en cas de gastro-entérostomie postérieure fonctionnant mal. L'anse courte qui ne se vide pas est un accident rare. Toutefois, il peut se faire que l'évacuation gastrique soit défectueuse, l'opérateur ayant souillé l'anse anastomosée et créé une espèce de péritonite plastique localisée qui soude deux anses entre elles; la bouche a pu aussi être placée trop haut ou s'étrangler dans un méso trop gras. Quelle que soit la cause, si une gastro-entérostomie postérieure récente fonctionne mal, il suffit de prendre l'anse en aval et de l'anastomoser à l'estomac sur sa face antérieure.

Dans tous les cas que nous avons vus, la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique est :

- soit impossible,
- soit dangereuse,
- soit, si elle est possible, mauvaise dans ses résultats.

C'est alors qu'il est indiqué de pratiquer une gastro-jéjunostomie antérieure.

Nous ne parlerons que de l'opération décrite par WÖELFLER ainsi que des modifications visant à l'améliorer.

En effet, la gastro-jéjunostomie postérieure précolique après effondrement de l'épiploon gastrocolique ou après décollement intercolo-épiploïque est, de toute évidence, une intervention peu satisfaisante. Quant à la gastro-entéro-anastomose antérieure rétrocolique de BRAUN où l'anse grêle passe en arrière du colon à l'aide d'une brèche pratiquée à son méso et où l'anastomose se pratique sur la face antérieure de l'estomac après libération de la grande courbure, elle suppose un mésocolon peu pathologique ce qui, dans les cas que nous avons envisagés, est excessivement rare.

La gastro-entérostomie antérieure précolique ou opération de WÖELFLER est très simple : on fait passer en avant du colon la première anse grêle fixe, suffisamment longue et souple pour que le transverse puisse jouer à l'aise en arrière d'elle, essayant d'éviter ainsi tout risque d'obstruction ou d'occlusion à son niveau.

L'anastomose, placée à 40 cm. environ de l'angle duodéno-jéjunal dans l'opération classique, est faite verticale ou horizontale, dans le sens isopéristaltique, à bonne distance de la lésion mais aussi près du pyllore et de la grande courbure que possible.

Il est évident que cette opération, utilisant une anse longue qui passe au-devant du colon transverse et du grand épiploon expose bien plus que la gastro-en-

térostomie postérieure transmésocolique avec anse courte, derrière colon et grand épiploon, à des complications post-opératoires.

Le premier accident est dû aux rapports nouveaux que l'anse intestinale fixée affecte avec le côlon transverse. Cette anse, passant en avant du côlon, peut le comprimer et, d'autre part, être tirillée par lui et le grand épiploon, ce qui entraîne des phénomènes graves d'étranglement. Le fait d'établir l'anastomose sur l'intestin à 40 ou 50 cm. de l'angle duodéno-jéjunal ne suffit pas toujours pour parer à cet accident. Aussi a-t-on proposé de compléter l'opération par une rétro-fixation du grand épiploon et une colopexie (Doyen) : l'épiploon est rejeté dans l'arrière-cavité à travers une perforation que l'on crée dans l'épiploon gastro-colique et il est maintenu dans cette situation par la fixation du colon transverse à la grande courbure de l'estomac, à l'aide de quatre ou cinq points de suture. Si cette modification supprime la pesée épiploïque, elle ne fait pas disparaître de façon certaine les accidents possibles dus à la distension d'un côlon placé immédiatement derrière l'anse.

Un deuxième accident est constitué par le passage du contenu de l'estomac dans le bout pylorique ou afférent de l'anse intestinale anastomosée; il en résulte que celui-ci se dilate et comprime le bout efférent. Une bouche large et horizontale, l'orientation correcte de l'anse jéjunale, sa fixation à l'estomac aux deux extrémités de la bouche, la solidarisation

des deux branches anastomotiques entre elles préviennent presque toujours le *circulus vitiosus*.

En fait, il est prudent pour éviter les accidents mécaniques de pratiquer, comme l'a indiqué BRAUN, une anastomose latérale complémentaire entre l'anse jéjunale afférente et l'anse jéjunale efférente, à une dizaine de centimètres environ au-dessous de la bouche principale. Certains chirurgiens pratiquent systématiquement cette anastomose complémentaire de façon préventive, pensant que c'est le complément indispensable qui doit assurer le bon fonctionnement de toute gastro-entérostomie à anse longue : cette jéjuno-jéjunostomie empêche non seulement les torsions mais évite aussi, à coup sûr, le reflux biliaire post-opératoire et assure un bon drainage gastrique. D'autres la prétendent inutile étant donné la rareté des accidents mécaniques et ne l'établissent que secondairement s'il y a lieu.

De toute façon, que l'on se soit contenté de fixer les deux branches anastomotiques à l'estomac ou que l'on ait pratiqué une anastomose jéjuno-jéjunale complémentaire, persistent deux sources possibles d'ennuis post-opératoires :

- la pesée épiploïque d'une part;
- la distension colique d'autre part.

Pour remédier à ces inconvénients, il suffit de sectionner verticalement le grand épiploon et de fixer le côlon transverse à la face postérieure de l'estomac, la libération initiale de la grande courbure

permettant d'établir une anastomose précolique *marginale*.

C'est la technique que nous avons vu employer par notre maître, M. le Docteur TOUPET; ses résultats sont excellents et nous pensons qu'elle est intéressante à connaître.

CHAPITRE II

TECHNIQUE

I. — ANESTHÉSIE :

L'anesthésie locale, chez des malades présentant souvent un état général précaire, semble le meilleur mode d'anesthésie. On peut utilement la compléter par un anesthésique de base. Grâce à l'usage d'une préparation contenant de la scopolamine, principe capital, associée à de la morphine et de l'éphédrine, le malade est amené somnolent sur la table d'opérations.

II. — EXPLORATION :

Après laparotomie, on pratique un examen attentif de la région, portant sur le siège et l'étendue de la lésion, ses connexions avec les organes voisins, sur l'aspect anatomique du mésocolon transverse et ses modifications pathologiques, sur tous les éléments qui peuvent rendre impossible la gastrectomie, difficile et aléatoire la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique et, en conséquence, obliger à faire une gastro-entérostomie marginale précolique.

III. — LIBÉRATION DE LA GRANDE COURBURE (Fig. 1).

La grande courbure est libérée sur une étendue de 10 à 12 cm. environ dans la zone où la bouche va être établie, c'est-à-dire plus ou moins près du pylore suivant l'importance des lésions gastriques.

Pour cette libération, on sectionne le ligament gastrocolic entre l'arcade gastro-épiploïque et l'estomac. L'hémostase qui doit être très soigneuse peut être pratiquée selon le procédé utilisé par FINSTERER dans les gastrectomies : une grande pince à disséquer à bouts courbes et sans griffes charge un pont vasculaire qui est pincé entre deux pinces de Kocher, puis sectionné. Quand la section du ligament est suffisamment étendue, les pinces sont remplacées par des ligatures. Cette hémostase soigneuse est préférable au dépouillement de la grande courbure à la compresse qui expose aux hématomes et est une manœuvre brutale.

IV. — DÉCOLLEMENT COLO-ÉPIPLOÏQUE (Fig. 2).

Ce décollement colo-épiploïque, qui est en réalité une désinsertion du grand épiploon au niveau du côlon transverse, n'est pas poursuivi sur toute la longueur du transverse; il a les limites de la zone gastrique qui a été libérée dans le premier temps et se trouve à l'aplomb de cette zone.



Off. Grand

V. — SECTION DU GRAND ÉPIPLOON (fig. 1).

On sectionne alors verticalement le tablier épiploïque dans toute sa hauteur, faisant les ligatures à mesure. Le grand épiploon est ainsi divisé en deux segments. C'est dans l'hiatus qui les sépare que passera l'anse jéjunale à anastomoser.

VI. — SUSPENSION DU COLON A L'ESTOMAC (fig. 3).

Le colon transverse est fixé le plus haut possible, à la face postérieure de l'estomac (à 5 cm. en moyenne de la grande courbure). Quelques points séparés unissent la bandelette supérieure du colon que l'on vient de découvrir par la désinsertion du grand épiploon, à la paroi postérieure gastrique sont suffisants.

VII. — ANASTOMOSE (fig. 4).

Cette anastomose, en fait, n'est pas antérieure mais *franchement marginale*. Elle est ainsi placée au point le plus déclive de l'estomac. Elle sera située autant que possible au voisinage immédiat du pylore. Il est évident que si la grande courbure était envahie on la ferait franchement antérieure, plus ou moins élevée suivant l'importance des lésions.

L'anastomose sera faite non au bouton mais à la suture et de préférence en trois plans.

Cette technique de gastro-entérostomie utilisant une anse courte, il est tout à fait inutile de compléter l'opération par une anastomose jéjuno-jéjunale.



OBSERVATIONS

Nous avons réuni quatre observations de gastro-entérostomie marginale précolique.

Le nombre réduit de ces observations est expliqué par le fait que notre maître, M. le Docteur TOUTER, poussant toujours les indications de la gastrectomie à l'extrême limite du possible, pratique très rarement des gastro-entérostomies; de plus, il n'utilise ce procédé que depuis trois ans et le considère comme une technique d'exception à n'employer que dans les cas bien déterminés envisagés précédemment.

OBSERVATION I.

Madame R... Marie, 57 ans.

Malade présentant depuis deux mois des vomissements alimentaires, une anorexie élective pour les viandes et les graisses, un amaigrissement de 6 kilogr.

A l'examen, tumeur épigastrique perceptible, foie paraissant normal, un ganglion dans le creux sus-claviculaire gauche.

Réaction de Meyer et Weber positive dans les selles.

L'examen radiologique montre une vaste image lacunaire de l'antrum pylorique avec sténose.

Numération globulaire : G. R. 3.900.000. G. B. 5.800.

Le diagnostic porté est celui de sténose pylorique pour cancer de l'antrum.

Intervention : le 4 juillet 1939.

Anesthésie locale précédée de deux injections d'une solution de scopolamine, morphine, éphédrine.

Après laparotomie médiane, on trouve une tumeur gastrique très étendue avec lymphangite cancéreuse et arrière-cavité bloquée.

On libère la grande courbure sur 5 cms, on sectionne verticalement le grand épiploon après désinsertion du ligament gastro-colique et on fixe le colon transverse à la face postérieure de l'estomac.

Gastro-entérostomie marginale précolique.

Le 29 juillet 1939, examen radiologique qui montre une évacuation rapide sans surprise du début.

Le 8 septembre 1939, décès par généralisation cancéreuse.

OBSERVATION II.

Mr. L... 65 ans.

Depuis dix ans, ce malade présentait des signes nets d'ulcus mais au cours des derniers mois le tableau clinique s'était modifié; amaigrissement rapide avec signes de sténose pylorique progressive.

A l'examen, pas de tumeur épigastrique perceptible, foie normal.

A la radiographie, signes de stase avec image lacunaire intéressant la partie inférieure de la petite courbure.

Le diagnostic est celui de cancer de la petite courbure, secondaire peut-être à un ulcus.

Intervention : le 3 mars 1938.

Anesthésie locale bonne, précédée de deux injections d'une solution de scopolamine, morphine, éphédrine.

On trouve un cancer étendu de la petite courbure, envahissant le pylore, avec infiltration néoplasique du mésocolon transverse qui interdit une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

On pratique une gastro-entérostomie marginale précolique suivant la technique décrite.

Pas d'incident post-opératoire.

Un examen radiologique montre, quinze jours après l'opération, un transit normal avec bon fonctionnement de la bouche.

Malade décédé au bout de quatre mois de cachexie progressive.

OBSERVATION III.

Monsieur Tr..., Paul, 60 ans.

Malade présentant depuis six mois des signes de sténose progressive et un amaigrissement de 10 kgs.

Malgré cet amaigrissement, le malade est encore très gras et l'examen clinique est négatif.

L'examen radiologique montre une stase complète et une image lacunaire de la région pylorique.

Diagnostic : cancer du pylore.

Intervention : le 1^{er} juillet 1939.

Anesthésie locale très bonne.

On trouve un cancer du pylore en virole. L'estomac est peu distendu malgré la sténose.

L'adiposité du sujet, la conformation du thorax et l'adhérence au pancréas rendent la gastrectomie impossible.

Par ailleurs, le mésocolon transverse est court, infiltré de graisse et on juge la gastro-jéjunostomie postérieure transmésocolique aléatoire.

On pratique donc une gastro-jéjunostomie marginale précolique suivant la technique décrite.

Les suites opératoires sont un peu troublées par des incidents pulmonaires.

Revu le 1^{er} janvier 1940.

Le malade s'alimente bien et a engraisé de 2 kilogr.

Examen radiologique : évacuation normale, pas de reflux dans l'anse afférente, légère dilatation de l'anse efférente.

OBSERVATION IV.

M. R... Charles, 70 ans.

Diagnostic : sténose pylorique par cancer.

Vomissements depuis cinq mois et amaigrissement de 8 kilogr.

Examen radiologique : image typique de sténose par cancer du pylore étendu largement à l'antrum. Grosse image lacunaire.

Intervention : le 5 décembre 1939.

Anesthésie locale très bonne.

Le sujet est encore très gras.

La gastrectomie est impossible car la tumeur est étendue et largement adhérente.

La rétraction de l'estomac, peu dilaté, contre la colonne vertébrale, l'infiltration graisseuse du mésocolon font juger la gastro-entérostomie transmésocolique périlleuse.

On se décide alors pour une gastro-entérostomie marginale précolique.

Suites opératoires : toux et expectoration banales. Sort de l'hôpital le 23 décembre.

Revu le 10 février 1940. Poids stationnaire. Bon fonctionnement radiologique.

CONCLUSIONS

1. — La Gastro entérostomique antérieure classique, selon la technique de WOELFLER, modifiée par BRAUN, n'est ni une mauvaise opération, ni un pis aller. C'est une opération normale qui a sa place dans le cadre de la chirurgie gastrique quand les conditions anatomiques interdisent non seulement une gastrectomie mais encore rendent impossible ou dangereuse une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

2. — Ce procédé présente cependant des inconvénients non douteux dus au fait que l'anse anastomotique, longue, peut se couder et surtout être comprimée par la distension colique et la pesée épiploïque.

3. — Des modifications techniques permettent non seulement de supprimer ces dangers post-opératoires mais encore d'assurer à l'anastomose antérieure un fonctionnement et une sécurité identiques à ceux de l'anastomose postérieure transmésocolique. Ce sont :

- la libération de la grande courbure;
- la désinsertion du ligament gastro-colique;
- la section verticale du grand épiploon;
- la fixation du colon transverse à la face postérieure de l'estomac.

Ainsi est écartée la menace d'une occlusion mécanique par torsion d'une anse longue, compression colique ou épiploïque; ainsi peut être réalisée une anastomose marginale placée au point déclive de l'estomac et qui, pour être précolique, n'en présente pas moins tous les éléments favorables à un bon fonctionnement de la bouche.

Vu : Le Président de Thèse,

CUNÉO.

Vu : Le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

